



Современные Методы Диагностики И Лечения Уретероцеле У Детей

1. Туракулов Зоиржон Шокирович
2. Гафуров Адхам Анварович
3. Туйчиев Голибжон
Урмонжанович
4. Бозоров Шавкат Тождидинович

Аннотация: Уретероцеле (УЦ) - является тяжелым заболеванием мочевыделительной системы у детей. С целью восстановления нормальной уродинамики оперативному лечению. По данным различных авторов, частота их встречаемости составляет от 1 до 4% всех урологических больных. Трансуретральное рассечение уретероцеле является надежным и малотравматичным методом операции. Оперативное лечение больных с уретероцеле является основным этапом после чего необходимо поэтапность лечения проведением комплекса мероприятий, лечение сопутствующих заболеваний.

Received 2nd Oct 2023,
Accepted 19th Oct 2023,
Online 17th Nov 2023

Ключевые слова: уретероцеле, геминефрэктомия, трансуретральное рассечение, реимплантация мочеточника, дети.

¹ Ассистент кафедры детской хирургии, Государственный медицинский институт, Узбекистан

² Профессор кафедры детской хирургии, доктор медицинских наук, Государственный медицинский институт, Узбекистан

³ Доцент кафедры детской хирургии, кандидат медицинских наук, Государственный медицинский институт, Узбекистан

⁴ Доцент кафедры детской хирургии, Государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. уретероцеле - порок развития мочеточника, представляющий собой кистевидное выпячивание слизистого и подслизистого слоев интрамурального отдела мочеточника, который, как правило, вызван обструкцией устья и сопровождается уретерогидронефрозом [1,3,6,7]. Размеры уретероцеле могут варьировать от небольших расширений подслизистого отдела до «гигантских» кист заполняющих весь просвет мочевого пузыря [5,8,11]. По данным различных авторов, частота их встречаемости составляет от 1 до 4% всех урологических больных. По данным Cambele распространенность УЦ составляет 1:4000. Уретероцеле у 80% детей относится к удвоенному мочеточнику и у 60% оно является эктопической [2,4,10].

Лечение детей с уретероцеле, особенно при удвоении мочеточника, является сложной проблемой детских урологов. Показанием к операции является не только наличие уретероцеле, а также нарушения функции почек, недержание мочи и нарушение мочеиспускания, вызванное обструкцией шейки мочевого пузыря.

Целью настоящего исследования явилось провести сравнительный анализ эффективности различных методов хирургических вмешательств и определить рациональную тактику лечения при уретероцеле.

Материал и методы. Представлен анализ результатов лечения и клинического исследования 36 детей с уретероцеле, находившихся на обследовании и лечение в урологическом отделении клиники ОДММЦ города Андижана за период с 2010-2023 года. Возраст пациентов составляет от 1 года до 18 лет. Мальчиков было 14 (38.8%), девочек 22 (61.1%). Полученные нами данные говорят о том, что девочки болеют значительно чаще чем мальчики.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Основная группа n=21		Контрольная группа n=15	
	М	Д	М	Д
0-3 года	2	2	1	1
4-7 лет	3	4	2	5
8-11 лет	2	3	1	1
12-15 лет	1	2	1	1
16-18 лет	-	2	1	1
Итого	8	13	6	9

Всем пациентам в обязательном порядке проводилось лабораторное, ультразвуковое исследование с доплерографией, а также рентгенологическое обследование экскреторная урография, микционная цистография, компьютерная томография.

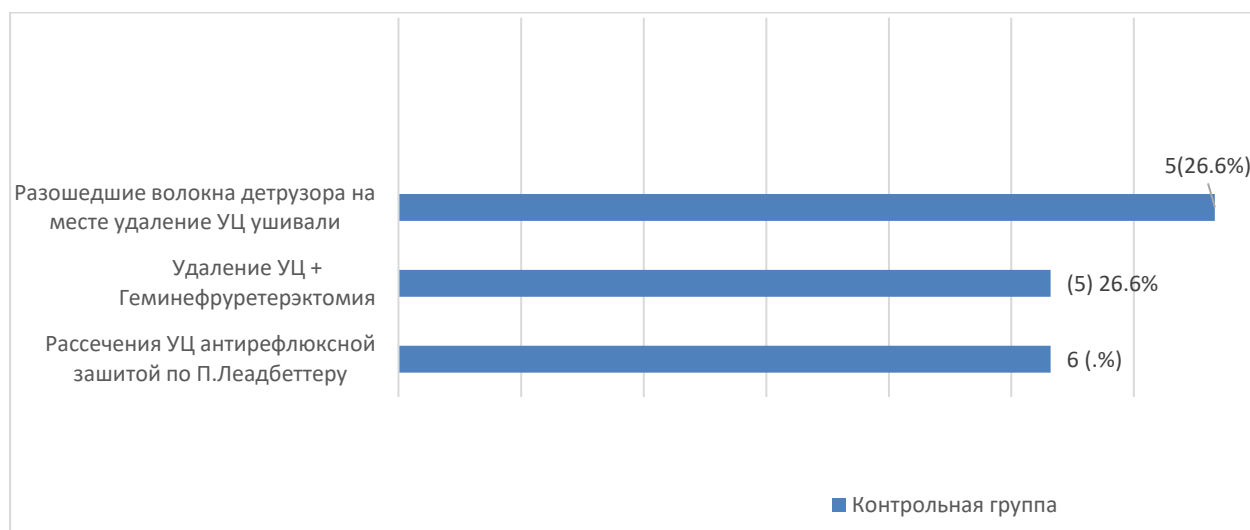
Результаты и обсуждение. Проведен анализ данных клинического наблюдения двух групп больных в зависимости от вида операции. В основную в группу включены дети которым выполнено трансуретральное иссечение уретероцеле (ТУРУ) 21 пациентов. Всем больным проведено широкое эндоскопическое рассечение уретероцеле. Контрольную группу составили 15 больных с полным удалением уретероцеле. По локализации одностороннее уретероцеле в основной группе отмечался у 18 пациентов, а в контралатеральной группе у 13 пациентов. Внутривульварное расположение в основной группе у 19 и в контрольной группе у 12 пациентов (таблица №2).

Таблица 2 По локализации уретероцеле

Локализация	Основная группа n=21	Контрольная группа n=15
Односторонняя	18 (85,7%)	13 (86,6%)
Двухсторонняя	3 (14,2%)	2 (13,3%)
Внутривульварная	19 (90,4%)	12 (80%)
Вневульварная	2 (9,5%)	3 (20%)

У больных контрольной группы в положении больного на спине под таз подкладывали валик. Мочевой пузырь обнажался поперечным надлобковым разрезом, вскрывали переднюю стенку мочевого пузыря. Электроотсосом опорожняли мочу. На уретероцеле накладывали шелковую держалку, производили иссечение уретероцеле.

Рисунок 1 Виды операции



Разошедшие волокна детрузора у 5 больных на месте удаленного уретероцеле ушивали. Формировали подслизистый тоннель необходимой длины в поперечном направлении, в 4-5 раз превышающей диаметр мочеточников. Мочеточники через тоннель проводили и на противоположной стороне выше устья контрлатерального мочеточника, формировали анастомоз со слизистой оболочкой мочевого пузыря. Слизистую оболочку мочевого пузыря на месте удаленного уретероцеле ушивали. Интубировали мочеточник. Введенный катетер Фолея в мочевой пузырь удаляли на 7-8 сутки.

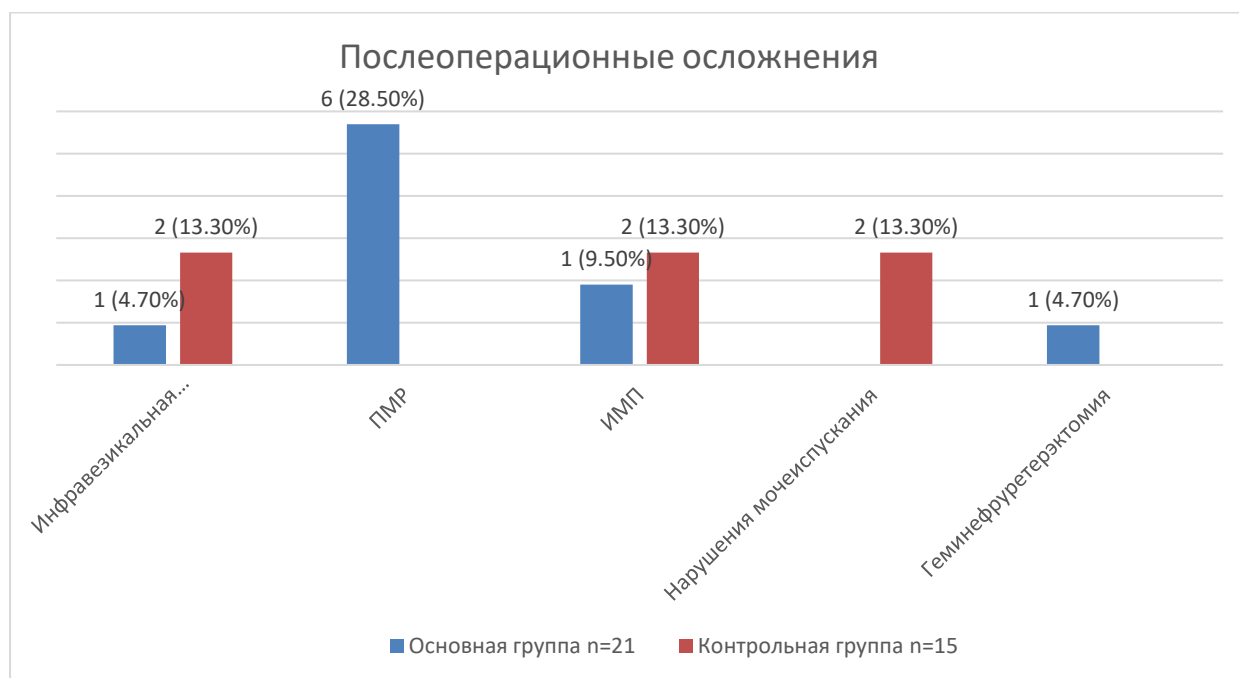
У 2 пациентов с двухсторонним уретероцеле была выполнена одномоментное рассечение уретероцеле и геминефрэктомия. При односторонней локализации кист больших размеров у 6 пациентов после рассечения уретероцеле при сохранной функции почки и мочеточника было выполнено радикальное вмешательство с дополнительной антирефлюксной защитой по Политано-Леадбеттеру с целью профилактики после операционного ПМР. У 3 больных в связи с отсутствием функции верхнего сегмента удвоенной почки через год после операции произведена геминефрэктомия.

Таблица 3 Сопутствующая патология у больных УЦ

Сопутствующие заболевания	Основная группа n=21	Контрольная группа n=15
ПМР со стороны УЦ	3	4
Полное удвоение одностороннее	13	1
Функция верхнего полюса почки отсутствует	1	1
Эктопия устья	6	4
Детский церебральный паралич	1	-
Инфекция мочевыводящих путей	18	14

В основной группе выполняли трансуретральное рассечение передней стенки уретероцеле. После частичного заполнения мочевого пузыря четко определялось уретероцеле. При обструкции уретероцеле производили вертикальный разрез его стенки длиной до 4-6 мм. Мочевой пузырь дренировали уретральным катетером. Через день после операции пациентам с целью оценки ликвидации обструкции проводили ультразвуковое исследование. Для профилактики и предотвращения инфекции мочевыводящих путей назначалась антибиотикотерапия, уроантисептики.

Рисунок 2



В ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2 пациентов. В обоих случаях после операции трансуретральной резекции развилось затрудненное мочеиспускание. У этих пациентов отмечались эпизоды фебрильной температуры. Проведена цистоскопия, где установлено, что передняя стенка уретероцеле после трансуретральной резекции после наполнения мочевого пузыря обтурировала просвет уретры у 2 пациентов, что и послужило причиной обструкции. Эндоскопически произведено рассечение стенки уретероцеле, после чего восстановлена нормальная уродинамика. Наши исследования основано на изучении отдаленных результатов оперативного лечения через 1 - 14 лет после проведенного хирургического вмешательства.

Из 21 детей, которым было выполнения ТУРУ, оперированы повторно 4 пациента. Показаниями к повторной операции послужили рецидивы инфекции мочевыводящих путей, нарушения мочеиспускания, вызванные обструкцией уретероцеле шейки мочевого пузыря.

Контрольное обследование всем пациентам проводили через 6 месяцев после операции. В обязательном порядке проводили микционную цистоуретрографию, ультразвуковое исследование мочевого пузыря, лабораторные анализы; хорошим результатом считали ликвидацию *пузырно-мочеточникового рефлюкса* (ПМР), отсутствие инфекции мочевыводящих путей (ИМП), отсутствие нарушения мочеиспускания.

В 1 случае выполнена повторная операция через 6 месяцев при нефункционирующем верхнем полюсе почки; проведена геминефрурерэктомия; у одного пациента с нарушением мочеиспускания за счёт обструкции произведено открытое иссечение уретероцеле. У 2 больных выполнена реимплантация мочеточника, 4 детей с обоснованным диагнозом ПМР с бессимптомным течением болезни получают консервативное лечение, находятся под динамическим диспансерном наблюдением.

Наши исследования показали что, при полном удвоении мочеточника частота рецидивирующей ИМП в послеоперационном периоде была выше, и им чаще требовалось повторное хирургическое вмешательство. У пациентов при отсутствии функции верхнего полюса радикальным методом в качестве первичного этапа считаем выполнение

геминефруретерэктомии. Показанием к хирургическим операциям по мнению ряда авторов [8,9,11] при ПМР является ИМП и нарушения мочеиспускания. Начальные стадии ПМР при консервативном лечении склонны к разрешению процесса, что свидетельствует о необходимости содержанного подхода показаниям повторного оперативного вмешательства. Непрерывно рецидивирующее течение ИМП, нарушение мочеиспускания, снижение функции почек, явились показанием к повторной операции.

Заключение: Дети с уретероцеле с целью восстановления нормальной уродинамики мочеточника и во избежание тяжелых осложнений подлежат оперативному лечению. Операцией выбора у детей вне зависимости от вида формы степени уретероцеле, является эндоскопическое электро рассечение уретероцеле. Дети на раннем этапе после коррекции порока подлежат обязательному наблюдению и контрольному обследованию. Во избежание осложнений со стороны удвоенной почки, следует проводить первично, радикальную геминефруретерэктомии и получить хороший результат. Оперативное лечение больных с уретероцеле является основным этапом, после чего необходимо преемственность и этапность лечения, диспансерное наблюдение (санаторное лечения) с проведением комплекса мероприятий, включающих санация мочевыделительной системы, лечение сопутствующих заболеваний.

Литература.

1. Акилов Х.А., Бекназаров Ж.Б., Хаккулов Э.Б. и др. Диагностика и лечение обструктивного уретерогидронефроза у детей. Вестник экстренной медицины. 2013
2. Кагонцов И.М., Сизонов В.В., Дубров В.И., и др. Лапароскопическая геминефрэктомия при удвоении почки у детей Урология. 2017; 2: С 63-8
3. Кагонцов И.М., Сизонов В.В., Дубров В.И., и др. Уретероуретероанастомоз (уретеропиелоанастомоз) при удвоении верхних мочевых путей у детей. Урология. 2018; 2: С 69-74
4. Осипов И.Б., Ти Р.А., Лебедев Д.А., Осипов А.И., Малоинвазивное лечение уретероцеле у новорожденных. Материалы 5-й научно-практической конференции урологов Северо-Западного федерального округа РФ. 2019; 18 Апреля.
5. Дубров В.И., Строчкий А.В., Шкутов А.О. Эффективность эндоскопического лечения уретероцеле удвоенного мочеточника у детей. Российский вестник детской хирургии. 2020 Т.10. №1. С 25-34
6. Султонов Ш.Р., Сафаров А.И., Атоев И.К. Диагностика и тактика хирургического лечения уретероцеле у детей Вестник Академии медицинских наук Таджикистана – 2018 №2, Том VIII. 2015;193(2):662-667. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2014.08.095>
7. Aikins K., Taghavi K., Grinlinton M. et al. Cystoscopic transurethral incision in simplex and duplex ureterocele- is it the definitive procedure? J.Pediatr. Urol. 2019; 15: 560e 1-6
8. Boucher A, Cloutier J, Rousseau A, et al. Is an initial endoscopic treatment for all ureterocele appropriate? J Pediatr Urol. 2013;9(3):339-343. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2012.04.009>
9. Chertin B, de Caluwé D, Puri P. Is primary endoscopic puncture of ureterocele a long-term effective procedure? J Pediatr Surg. 2003;38(1):116-119. <https://doi.org/10.1053/jpsu.2003.50023>
10. Gran C.D., Kropp D.P., Cheng E.Y., Kropp R.A. Primary lower urinary tract reconstruction for nonfunctioning renal moieties associated with obstructing ureterocele J.Urol. 2005; 173(1): 198-201
11. Hagg MJ, Mourachov PV, Snyder HM, et al. The modern endoscopic approach to ureterocele. J Urol. 2000;163(3):940-943.